

## P-8-29

### 緩和ケアに携わる看護師が経験する困難感に関する経時的評価の試み

福井赤十字病院 緩和ケア病棟

○おた織田 ふみえ史江、堤 昌美、堀口 朋美

【目的】緩和ケアに携わる看護師は特有の困難感を経験する(宮下他、2014)。困難感の軽減が、看護師のストレスケアにつながると期待される。本研究は、看護師の困難感の特徴を明らかにすることを目的とした。  
【方法】本院緩和ケア病棟で勤務する看護師に対して、看護師のがん看護に関する困難感尺度(小野寺他、2013)への回答を求めた。評価は、2016年(N=18)に実施した。いずれもすべての参加者から回答を得た(有効回答率100%)。研究手続きは、本院倫理委員会から承認を得た。  
【結果】質問紙を構成する6ドメインの平均評定値は、両年間で僅かな差異を示した。ドメインを要因とした分散分析の結果、有意な主効果を認め(p<.001)、D6(看取り)の評定値が小さい値を示した(p<.05)。次に、ドメイン間の関連性を検討した結果、D1(コミュニケーション)とD2(看護師の知識と技術)に有意な相関を認めた(p<.01)。また、D3(医師の治療と対応)、D4(告知と病状説明)、D5(システムと地域連携)の間に有意な相関を認めた(p<.01)。以上すべての結果は両年に共通していた。  
【考察】看護師の困難感、ケアに関わる領域ごとに異なる強さを示した。また、特定の複数の領域にわたる困難感が互いを強め合う危険性の存在も明らかにされた。例えば、D4とD5に関連して、医師から患者への説明が不十分であり、さらに在宅退院がままない状況では、より強い困難が生じると考えられる。以上から質問紙による経時的な困難感評価の意義が確かめられた。看護師のストレスケアでは、本研究で得られた困難感のダイナミックな特徴を考慮する必要がある。

## P-8-31

### DNAR出前講座後の医師と看護師のコミュニケーションの変化と課題

石巻赤十字病院 看護部<sup>1)</sup>、石巻赤十字病院 呼吸器外科<sup>2)</sup>

○さとう佐藤 ふみ富美<sup>1)</sup>、佐々木敦子<sup>1)</sup>、佐藤 郁里<sup>1)</sup>、鈴木 聡<sup>2)</sup>

【はじめに】多くの医療者がDNAR(Do Not Attempt Resuscitation)を誤って認識しているとの指摘がある。当院でも重篤な救急患者や進行がんの患者の看取りの場面で医師と看護師の間でDNARの認識の違いが表面化することがあり、その背景に職種間のコミュニケーション不足が示唆されていた。DNAR出前講座実施後の医師と看護師のコミュニケーションの変化と課題について述べる。【方法】倫理委員会の委員長(医師)が、DNARの意味とDNAR指示までのプロセスにおける看護師の役割について少人数で対話形式の出前講座を行い、半年後に18部署の39名の看護部長と係長を対象にアンケート調査を行った。【結果】12部署の17名から有効回答を得た。以前は医師とDNARについて話にくい雰囲気があったか?との問いに5名が「あった」「8名がない」と回答した。現状を聞いたところ話にくい雰囲気ではない9名と雰囲気「に改善があった」と回答した5名のあわせて14名(82%)が医師とのコミュニケーションが良かったと感じた。その一方で、医師と患者がDNARについて話しあう場に看護師が常に同席しているかと回答したには4名にとどまった。同席できないのは、主治医が看護師に話し合いがあることを知らせないという理由が多かった。【考察】看護師がDNARについて知る機会が先輩から後輩へのいわゆるOJTに依存しており、病院として教育する機会がない。今回、医師と現場に向向き、少人数で対話することで、看護師のDNARの理解が深まっただけでなく、医師とのコミュニケーションにも寄与するものがあった。しかし、医師が単独で行動すると看護師がDNARの話し合いに加わる機会が失われる。DNARをより良い患者・家族ケアとして活かすために医師への働きかけが欠かせないということも明らかになった。

## P-8-33

### 認知症高齢者のBPSDに対する生活リズムを考慮した看護介入

福井赤十字病院 看護部

○ともだ友田 かずき一樹、井口 秀人、内田 一美

【目的】認知症の症状の1つである行動・心理症状(以下BPSD)を発症している一事例に対し、生活リズムを考慮した看護介入を行いその効果を検討する。【事例紹介】A氏80歳代女性、アルツハイマー型認知症、慢性硬膜下血腫、肺炎で入院。入院前は日中独居でデイサービスなどを利用していた。【看護介入と経過】1. 入院-2週目: BPSD重症度および看護負担度尺度(以下NPI-Q)による重症度6-8点。夜間眠らず大声を出し、日中の覚醒時間は少なく無関心・自発性に乏しい状態。経管栄養を行い、5-6メートルの手引き歩行ができ、リハビリで歩行訓練を行っていた。2. 入院3-4週目: NPI-Q3-13点。14時頃まで覚醒が悪いため、リハビリ後の15時-19時頃までを活動時間に出来るよう、こまめにトイレ誘導を行う、塗り絵や会話を、車椅子に座るなどして覚醒と活動を促した。4週目: 嚥下食が開始し、朝昼は介助を要した夕食食は自力摂取できるようになった。夜間不眠にあまり変化はなかった。3. 入院5-6週目: NPI-Q3.9点。覚醒の悪い午前中は入眠出来るようにベッドで臥床を促し、午後から離床を促した。リハビリでの歩行距離増加に合わせ、トイレなど歩行機会を増やした。亡き母親の幻覚があり叫ぶことが多かったが、母親の写真を見せることで落ち着くようになった。嚥下食を全量摂取出来るようになり空腹感の訴えも見られた。結果、NPI-Qの改善はなかったが、経管栄養から経口摂取となり、歩行距離が伸びるなど活動性の向上が見られ、夜間から午前中に睡眠時間が確保出来るようになった。【考察】NPI-Qが改善しなかった要因は介入期間が短いことや、高齢であり生活リズムの改善が容易ではなかったことが考えられる。しかし食事や歩行距離、覚醒時間の拡大が見られたことから、長期的な介入によりADLの拡大、生活リズムの改善の可能性があると考えられる。

## P-8-30

### ELNEC-J履修後の看護師対象緩和ケアステップアップ研修を継続した取り組み

諏訪赤十字病院 看護部

○はしづみ橋爪 むつみ睦、西 庸丈、宮下たえ子、倉田 絵理

長野県は全国的にも高齢者人口が多く、当地も全国平均を上回っている。また当院はがん診療連携拠点病院として、多くのがん患者の医療も行っている。その背景も受け、当院看護部では2012年から、ELNEC-J(エンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師のための教育プログラム)を院内外看護師対象に8回開催してきた。この既定のプログラムを修了した看護師が現場で緩和ケアを実践するためには、終末期のみではなく早期からの緩和ケアの必要性や基本的な知識を学び、意思決定支援、専門的なリソースへ連携する力が求められる。そこで2015年から、緩和ケアリnkナース及び当院キャリア開発リーダー3取得該当の看護師を対象とした緩和ケアステップアップ研修を企画し開催した。内容は、日本看護協会ががん医療に携わる看護研修事業として作成された「看護師に対する緩和ケア教育テキスト」を活用し、当院がん看護領域の認定看護師で検討を行い、講義、演習を繰り返した1日研修とした。今研修は、2018年まで計4回開催し、のべ45名の看護師が修了した。評価は研修終了後のアンケート結果により分析している。研修の理解度は「大変思う」「やや思う」と答えた者が93~100%、満足度は92~100%を示し、特にELNEC-Jと異なるロールプレイにコミュニケーションスキルアップの実感をもった者が多かった。「改めて自分自身がケアを意識する必要がわかった」「具体的な内容が役立った」「ELNEC-Jから年数が経ち良い刺激になった」など、今研修の意義を考える意見もあった。今後も研修を継続するにあたり、更にアンケート結果を分析した内容の検討、現場に戻った研修修了者の実践後評価など課題もある。今回は、今研修のここまでの取り組みを報告し課題を述べることとする。

## P-8-32

### よい看取りをするために家族を呼ぶタイミングを見極め実践した看護

さいたま赤十字病院 看護部 救急病棟B

○こうづき高附 しょうき翔己

【背景】高齢化が進み、看取りの看護が増えていく。看取りの場面に直面する際、家族が納得した最期を迎えるために、家族を呼ぶタイミングの判断基準は設けられておらず、看護師個人に判断を委ねられることが多い現状である。【目的】看取りを目的に入院された患者・家族との短期間での関わりの中で、よい看取りができた一事例について検討し、行なった看護がどのような形で、納得できる最期につながったのか明らかにする。【事例の概要】看護実践の対象は、看取りを目的に入院してきた80歳代女性とその家族であり、家族が揃い死を受け入れた様子で看取られた。【方法】看護師Aが支援の経過をデータとして、患者自身の意思決定を守るための看護実践は何かについて検討した。質的分析の手法を用いて整理をした。【倫理的配慮】B病棟の規定に則り、患者および家族のプライバシーの確保に十分な配慮を行った。【結果】「家族との関わりから「この患者家族の希望を見極める」ことを目的に声かけ・観察を行なった。次いで、「患者の心情に配慮し、最期に向かう患者の状態を伝えていく」ことを実践した。そして患者の状態悪化に伴い、「最期の時への見通しを判断する」「家族の負担に考慮し条件を整える」「来る・来ないについて家族が判断できる余地を残しつつ状況を伝える」の3段階の方法により、家族が揃い、取り乱すことなく死亡退院を迎えることが出来た。【考察】事例を検討した結果、普段、無意識に行なっている声かけ・観察が、患者・家族にとって納得した看取りの見極めに繋がっていること、他の家族を呼ぶタイミングを判断する条件について明確化となった。加えて、早期から死を受け入れられる心と認識の準備を助けることが、家族が揃ってよい看取りを可能にした要点と考えられる。

## P-8-34

### せん妄状態にある患者及び家族への対応に関する看護師の意識変化

伊勢赤十字病院 看護部

○なかむらりゅうたろう中村龍太郎、中瀬 貴子、松尾 吉津、奥野 史子

【目的】A病棟の看護師のせん妄患者及び家族への対応を調査し、学習会前後で看護師の自己評価の変化を明らかにする。  
【方法】A病棟看護師を対象に学習会前後で無記名自記式質問紙調査を行った。  
【結果】2018年8月にせん妄症状がある患者と家族への対応方法をロールプレイで経験する学習会を、精神看護専門看護師を講師として開催した。学習会参加者は21名、臨床看護経験1年以上の全項目に回答した14名(66.7%)と学習会後回答者は14名で9名(64.3%)を分析対象とした。学習会前は、せん妄患者の看護に関する質問項目全てにおいて8名(57.1%)以上が戸惑いを感じていた。学習会後は、〈患者が危険行動状態や意識減退困難な時〉(身体拘束実施と回避や倫理的感情)に5名(55.6%)以上が戸惑いを感じていた。また、〈せん妄発生予防行動〉、〈せん妄発生の原因をアセスメント〉、〈コミュニケーション方法の工夫〉について学習会前後で9名(100%)全員が出来ていると感じていた。学習会後から〈せん妄発生のアセスメント方法の変化〉は、6名(66.7%)の上昇がみられた。  
【考察】A病棟でも先行研究(大木・松下、2014)と同様に、せん妄状態にある患者及びその家族への対応に戸惑いを感じていた。しかし、学習会後には戸惑いを感じている看護師は減少した。これは、ロールプレイを取り入れたことで、実践の客観視と他者のアセスメントの比較ができたため臨床での活用のイメージが促進され効果的であった(川西2012)と考える。しかしながら、危険行動を及ぼす恐れのあるせん妄患者の看護では、アセスメントにおける困難感がある。今後、統一した身体拘束実施や回避についての方法を実施できる看護のケアの向上が課題である。